Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1248

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «VGZ constateert grote prijsverschillen ziekenhuizen»* (ingezonden 30 december 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 januari 2016).

Vraag 1
Kent u het bericht «VGZ constateert grote prijsverschillen ziekenhuizen»?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Vind u dat de inkoop van zorg op basis van kwaliteit en prijs moet plaatsvinden, en niet alleen om de laagste kosten, zoals het stelsel ooit beoogde?

Antwoord 2
Contractering is hèt vehikel om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de betaalbaarheid ervan te vergroten. Het is daarom essentieel dat zorgverzekeraars afspraken maken met de zorgaanbieders over zowel prijs als kwaliteit. Dat is – zoals ik uw Kamer ook eerder meldde in mijn brief «Kwaliteit loont» – de ruggengraat van ons zorgstelsel.

Vraag 3, 5
Deelt u de mening dat onnodig hoge prijzen voorkomen moeten worden, maar dat alleen inkopen op prijs zonder naar kwaliteitsnormen te kijken goede zorg op maat in de weg staat? Ziet u dit als risico bij de werkwijze van zorgverzekeraar VGZ?
Wat zegt het over de werking van het zorgstelsel dat VGZ al eerder heeft aangegeven haar regiefunctie terug te leggen bij de overheid? Wie heeft nu de regie en hoe ziet u uw verantwoordelijkheid hierin?

[1] http://www.zorgvisie.nl/Facilitair/Nieuws/2012/12/VGZ-constateert-grote-prijsverschillen-ziekenhuizen/

ah-tk-20152016-1248
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2016

Antwoord 3, 5
Onnodig hoge prijzen moeten zeker voorkomen worden. Ik ondersteun het dan ook als zorgverzekeraars hierover stevig onderhandelen met zorgaanbieders. Maar dat betekent niet dat kwaliteit hierbij geen rol speelt, integendeel. Zorgverzekeraars betrekken de bestaande kwaliteitseisen bij de zorginkoop, dat wil zeggen: de wettelijke eisen en de vanuit de beroepsgroepen ontwikkelde standaarden en richtlijnen. Sterker nog: VGZ hanteert – net als andere verzekeraars – geen eigen kwaliteitseisen als de beroepsgroep die al zelf heeft vastgesteld. Dat geldt nog lang niet voor alle aandoeningen, maar voor 30 belangrijke aandoeningen wordt daaraan door verschillende betrokken partijen (artsen, verzekeraars, patiënten, toezichthouders) hard gewerkt. Het Zorginstituut heeft vanuit het programma Zinnige Zorg een rol in de voorbereiding van de bijeenkomsten over deze aandoeningen.
Wat VGZ benadrukt, is dat zij ervan uitgaat dat de verschillende partijen in het stelsel zich samen moeten inzetten om de doelstellingen van het zorgstelsel te realiseren. Daarbij houdt zij zichzelf primair verantwoordelijk voor de betaalbaarheid van zorg. Kwaliteit van zorg ziet VGZ als één van de middelen om de kosten in het gareel te houden. Bestaande, gedeelde kwaliteitsstandaarden neemt zij hierbij als uitgangspunt. Dat neemt niet weg dat VGZ wel degelijk ambities heeft om de kwaliteit nog verder te verbeteren. VGZ geeft desgevraagd aan dat zij in gesprek met zorgaanbieders blijft over hoe de zorg kwalitatief nog beter kan en spoort ze hiertoe ook aan. Maar het eenzijdig «opleggen» van kwaliteit van zorg, ziet VGZ niet als haar rol in het stelsel.

Vraag 4
Welke stappen worden gezet naar reële kostprijsberekening, in plaats van doorberekenen van kosten uit het verleden, zodat dit transparantie en kwaliteit ten goede komen?

Antwoord 4
Het is aan ziekenhuizen en zorgverzekeraars om prijzen af te spreken voor Diagnose Behandel Combinaties. Om deze partijen beter in staat te stellen reële prijzen voor Diagnose Behandel Combinaties af te spreken, heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd de productstructuur van de spoedeisende hulp (SEH) en de polikliniek onder de loep te nemen. Omdat de hoogte van de prijs daar net het verschil kan maken of iemands eigen risico helemaal of gedeeltelijk wordt aangeslagen, is het juist daar van belang dat er reële prijzen worden gerekend. De NZa heeft daarop besloten dat behandelingen op de SEH en eenvoudige poliklinische behandelingen per 1 januari 2016 worden ingedeeld in lichte, middelzware of zware behandelingen. Hierdoor kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars prijzen afspreken die reëler aansluiten bij de behandeling.
Daarnaast stelt de NZa een plan van aanpak op voor de doorontwikkeling en vereenvoudiging van de Diagnose Behandel Combinatie-systematiek. Hierover heb ik u in de brief «Voortgang verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg» (11 december 2014) geïnformeerd. In het plan van aanpak besteedt de NZa ook aandacht aan reële prijzen.

Vraag 6
Bent u ervan op de hoogte dat uit het artikel blijkt dat VGZ en het Martini Ziekenhuis discussie hebben over het contract? Welke rol kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier in het belang van de patiënt spelen?

Antwoord 6
VGZ en het Martini Ziekenhuis hebben inmiddels een contract met elkaar gesloten. Als toezichthouder heeft de NZa bij de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet een directe rol. Het is immers aan de zorgverzekeraar om te bepalen met welke aanbieder hij wel of geen contract sluit. In het belang van de patiënt houdt de NZa er wel toezicht op dat zorgverzekeraars tijdig transparant zijn over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en welke niet. Daarnaast heeft de NZa de regeling «Transparantie zorginkoopproces Zvw» opgesteld die per 1 januari jl. van kracht is in aanvulling op de reeds bestaande aanbevelingen uit de Good Contracting Principles van de NZa (www.nza.nl/1048076/1048133/TH_NR_005__Transparantie_zorginkoopproces_Zvw.pdf). De regeling beoogt

de transparantie van het contracteerproces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vergroten. Ook rust op elke zorgverzekeraar een zorgplicht, waarop de NZa eveneens toeziet.

Vraag 7
Welke stappen worden ondernomen om ervoor te zorgen dat volgend jaar contracten voor 19 november zijn gesloten, en kwaliteit bij inkoop een grotere rol gaat spelen, zoals ook de NZa eerder als wens formuleerde?

Antwoord 7
In het bestuurlijk overleg medisch-specialistische zorg is onlangs afgesproken om de contracteercyclus te versnellen in het belang van een tijdige en goede informatievoorziening richting verzekerden. Ik ga met de sector in gesprek opdat dit word verbeterd. Zoals ik heb aangegeven in de voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» (Tweede Kamer 31 765, nr. 132) zal ik de Kamer hierover voor de zomer van 2016 informeren.
Verzekerden moeten immers uiterlijk 19 november inzicht krijgen in de polissen voor het aankomende jaar, inclusief informatie over welke zorgaanbieders wel en welke niet zijn gecontracteerd, om een goed geïnformeerde beslissing te kunnen nemen over welke polis kiezen bij welke verzekeraar.
Overigens geldt voor het contracteerproces zelf geen deadline. Er bestaat immers contractvrijheid tussen partijen en gedurende het jaar vindt ook bijcontractering plaats. Dat kan heel belangrijk zijn omdat verzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen.
Om het contracteerproces te faciliteren heeft de NZa kaders opgesteld waarbinnen de onderhandelingen plaatsvinden, zoals het openbaar maken van zorginkoopbeleid per 1 april.
Ik kijk binnenkort met bestuurders van zorginstellingen en verzekeraars terug en vooruit. Zo kan ik mij een beeld vormen van zaken die opgepakt moeten worden om tot een betere contracteerronde te komen voor volgend jaar.
Ten aanzien van het betrekken van kwaliteitsaspecten bij de inkoop verwijs ik naar de antwoorden onder 3 en 5.

Vraag 8
Welke rol kunnen patiënten (koepels of verenigingen) spelen bij verbeterde inkoop van zorg op kwaliteit?

Antwoord 8
Als partijen weten wat ze van elkaar kunnen verwachten over het verloop van het contracteerproces, kan dat de tijd en energie vrijmaken om met elkaar te spreken over de inhoud van de zorg die wordt ingekocht. Vanaf 2016 gelden er dan ook regels voor een transparant zorginkoopproces. In deze regels wordt onder andere bepaald dat zorgverzekeraars én zorgaanbieders beschikbaar moeten zijn voor de andere partij bij vragen of opmerkingen tijdens het contracteerproces en dat het kwaliteitsbeleid helder moet zijn.
Zoals ik uw Kamer eerder heb geantwoord (brief met kenmerk 879741-144909-Z) staat voor mij buiten kijf dat de inbreng van verzekerde patiënten bij de zorginkoop de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Zoals u weet heb ik twee wetten in voorbereiding om hun invloed verder te verstevigen bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars (inclusief inkoopbeleid).
Van groot belang is ook de rol die patiënten hebben bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Deze moeten tripartiet, dat wil zeggen door zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten aan het Kwaliteitsinstituut worden aangeboden voor opname in het register. Deze kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten worden gebruikt bij de zorginkoop en daarmee hebben patiënten invloed op het verbeteren van de inkoop van de kwaliteit van zorg.